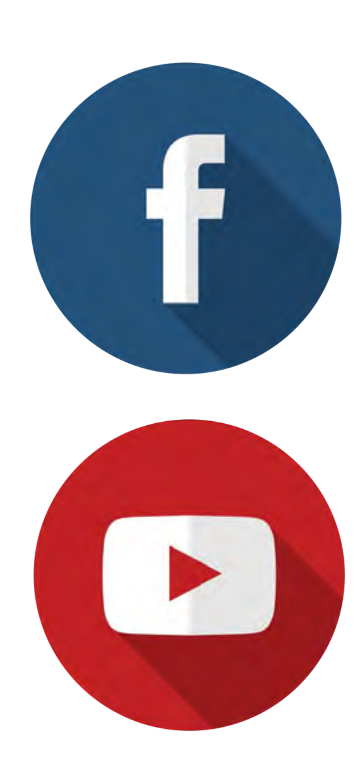

.Net
La Faculté
Seek Knowledge





Placenta Praevia

urgence materno-foetale
2e cause Hgie du T3

- insert° basse et vicieuse du placenta sur tt ou une partie du SI

Physiopath :

* mécanisme de l'Hgie :

- pdt gsse :
  - → variétés périph : CU physiologiques (étirent des mb) → décollemt d'une languette placentaire → ouverture du sinus veineux utérin → Hgie
  - → variétés centrales : T3 = format° SI + dilatat° du col progressive au W → clivage placenta (entre placenta + myomètre) → Hgie
- pdt W : Dilatat° du col → glisst du SI vers le haut → rétract° des fml → décollemt placenta → Hgie

* origine du saignemt :

maternelle : décollemt placenta → sinus veineux béants (car rétract° + hémostase ne se fait pas le foetus n'est pas expulsé)

foetale : décollemt + déchirure des villosités → Hgie de sg foetal ds l'espace inter-villositaire + ds vx du caduque basale → passage des GR foetaux vers mère
Test Kleihaur ⊕

* facteurs favorisants :

- multiparité (fibrose ds sites d'insert° des placentas ds gsses précédantes)
- âge maternel (dégénerescence fibreuse du myomètre > 35 ans)
- ATCDs d'ABRT + tt manœuvres endo-utérines (curtage, curage, délivrance artif, révision utérine, ...) = fibrose
- ATCDs de PP (cicatrice utérine)
- gemellité (2 placenta → 1 normalemt inséré, l'autre ne trouve pas place)
- fibromyome s/muqueux, malf° utérines

> * conséq imp : placenta décollé → nécrose + thrombose + fibrose → ↓ surface placentaire → SF + MIU

Classificat° anatomique :

en dehors W :
- PP latéral : bord latéral à distance OCI
- PP marginal : " " affleure OCI
- PP central : " " couvre en totalité OCI

Pdt W :
- PP non recouvrant
- PP recouvrant → partiel / total

Dc ⊕ :

→ au T3 : TV doit être proscrit
- Hgie brutale, spontanée, sg rouge isolé, récidivante.
- TV si fait : utérus souple relâché + présentat° anle (siège, transverse, céphalique haute) + col dévié + signe de matelas : masse spongieuse (Placenta interposé entre les doigts et la présentat°)
- Spéculum ⇒ origine du saignemt
+/- Test Kleihauer

⚠ tt saignemt du T3 ⇒ écho en urgence avant TV qui peut déclencher Hgie cataclysmique

→ pdt W : - Hgie cst, proportionnelle à la dilatat° du col.
- EG en rapport avec abondance de Hgie (≠ HRP)
- TV dangereux proscrit ⇒ faire à proximité du bloc

→ pdt délivrance : - Mode Duncum (pôle maternel puis fœtal) + Hgie +++
- à l'examen du délivre : petit côté des mb < 10 cm, Placenta incomplet, cotylédon aberrant ⇒ révision utérine +++ + Ex du délivre
- Hgie de délivrance : mauvaise rétract° segmentaire, rétent° de cotylédon aberrant, Placenta accréta.

Ex compl :

• Echo +++ : avant TV + vessie pleine (effet contraste)

↓ classificat° de Bessis

PP ant :
- I - bord inf du placenta atteint 1/3 sup de la vessie
- II - 〃 〃 〃 〃 2/3 sup 〃
- III - 〃 〃 〃 〃 le col
- IV - 〃 〃 〃 dépasse col

PP post :
- I - Bl du P à 4 cm en arrière de vessie
- II - 〃 atteint le col
- III - 〃 〃 1/3 inf de vessie
- IV - 〃 recouvre le dôme vésical

• Bilan biologique maternel :
- FNS + groupage + Rh + [test de coombs direct + recherche RAI si Rh⊖]
- Bilan d'hémostase

• Bilan fœtal : ERCF + PH

Cplct° :
- Procidence du cordon.
- Placenta accréta.
- trbles de la coag° : CIVD (passage des thromboplastines fœtales ds sg ♀)
- associat° à HRP ⇒ césarienne en urgence

DC ≠ :
- Hgie vulvaire ou cervico-vaginale.

Hgies du T3 :
* HRP
* rupture utérine
* Hgie de Benkiser (déchirure d'un vx praevia) LA hématique
- hématome décidual marginal.

Scanned by CamScanner

Evolut°:

- récidive Hgique fréquente.
- RPM → avantages: ↓ saignemt : présentat° plaqué contre PP → comprime vx.
  → inconvénients : accoucht préma + infect° + procidence du cordon
- accoucht préma fréqt

Pc:

→ maternel: → mortalité : Hgie cataclys, CIVD, tentative de décollemt P. accréta
→ morbidité : anémie, inf°, accidents thrombo-emb, IR
→ foetal: RCIU, MIU, préma, cplct° néonat, SF Â et chronique

⚠ Chez mère : - délivrance facile, car placenta déjà décollé.
- Σd Sheehan (nécrose antéhypophyse suite à état de choc
↓
lactat° moinsbien + retour de couches retardé.

PEC:

PP hémorragique = hospitalisat° + PEC multidisciplinaire.

→ buts: - arrêter Hgie.
- extraire foetus vivant.
- lutter contre préma.
- ↓ morbidité + mortalité maternelle et foetale

→ indicat°: selon
- degrés d'Hgie
- âge gestationnel
- type PP
- dilatat° cervicale
- présentat° foetale
- état des mb.

* au cours gsse : < 36 SA

terme foetal > 34SA → maturat° pulm

PP asymptomatique:

- Repos
- surveillance cliniq + bio + écho
- prévent° anémie maternelle.
- Prévent° de la Préma.
- consult° anesth + prévoir sg iso grpe, iso Rh
- informer la patiente sur le risque Hgique

→ PP latéral ou marginal: Pc obstétr favorable
→ voie basse possible
PP recouvrant: césarienne à partir de 38SA

PP Hgique:

- Hospitalisat°
- abord veineux
- compensat° de Hgie
- TRT par tocolytiques
- surveillance maternelle
- éviter tt examen obstétrical
- anti D si Rh⊖
- surveillance foetale: ERCF

⚠ Parfois CSR en urgence si
- Hgie grave
- SF

36 - 37SA parfois CSR en urgence si.
- PP recouvrant
- PP + P° anle, utérus cicatriciel ou tt cause de dystocie

* pdt W : Réa (sg + O_2) + ERCF

Césarienne en urgence si:
- PP recouvrant
- Hgie abondante + persistante
- SFA, procidence du cordon
- PP + présentat° anle ou dystocie

voie basse possible:
- Formes non recouvrants
- P° céphalique
- ERCF nle
1er geste → rupture large des mb

* au cours de la délivrance :
- révision utérine + examen du délivre.
- utéro-toniques, massage utérin, sac de sable.
- si Hgé persiste => Hystérectomie d'hémostase.

* Ds les suites de couches :
- poursuivre la correct° de l'anémie
- ATB
- anti D si Rh ⊖
- Prévent° des accidents thrombo-emb.